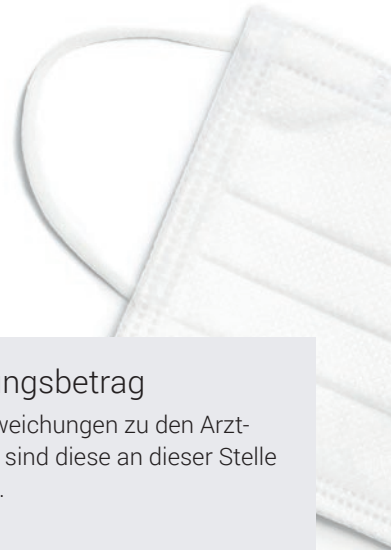


# Neue Heilmittelverordnung: Wie füllen Sie richtig aus?

Seien Sie optimal vorbereitet! Wir erläutern die neue Verordnung und worauf Sie achten müssen.



Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Heilmittelverordnung 13</b>
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b> ICD-10 - Code			1. z.B. ZZ frei bis 31.07.2021
<b>Diagnosegruppe</b>	<b>Leitsymptomatik</b> gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>			Behandlungseinheiten
Heilmittel			
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	<b>Hausbesuch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Therapiefrequenz</b>	
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen	2. LHM / BVB		
<b>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</b>			
IK des Leistungserbringers			3.
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (10.2020)			

## 1. Zuzahlungsbetrag

Sofern es Abweichungen zu den Arztangaben gibt, sind diese an dieser Stelle zu vermerken.

Beispiele:

- Befreiungsausweis liegt vor / Zuzahlungsstatus ist abweichend zur Verordnung
- Änderung Zuzahlungsstatus während der Behandlung

**WICHTIG:** Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ wurden in der Reihenfolge getauscht.

## 2. LHM oder BVB

Sollte ein langfristiger Heilmittelbedarf (LHM) oder besonderer Ordnungsbedarf (BVB) vorliegen, ist dieser unterhalb der Therapiefrequenz zu vermerken.

## 3. IK-Nummer

An dieser Stelle ist Ihr IK-Nummer einzutragen.

Softwarenutzer aufgepasst!

SEVERINS verarbeitet die Verordnung auch bei anderer Darstellung der Zusatzinformationen durch Ihren Softwareanbieter. Kein manuelles Ausfüllen nötig.



### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	4.	5.	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

gültig ab  
Oktober  
2020

### Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

6. IK des Leistungserbringers  Belegnummer  7. z.B. 20501 x 3

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung  
von der Frequenz

8. Änderung in  
 Gruppen-  
therapie  Einzel-  
therapie

Begründung

9.

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

### 4. Maßnahmen

Folgende Angaben sind zu hinterlegen (leserlich in Druckbuchstaben):

- Abgegebene Heilmittel mit Spezifikation (z.B. „KG ZNS Bobath“)
- Optional: abgegebene Hausbesuche (Kürzel = „HB“) oder Hausbesuch soziale Einrichtungen „Heimbesuche“ (Kürzel = „HBH“)
- Optional: Kilometerangaben (Kürzel = „KM“) z.B. Sie sind 26 km pro Behandlung gefahren: „KM = 26“
- Optional: Wegegeld-Pauschale (Kürzel = „WGP“)
- Optional: Gruppengröße bei Gruppenbehandlungen (Kürzel = „GB“) z.B. Behandlung in einer Gruppe mit fünf Personen: „GB 5“

### Für Logopädie:

- Optional: Angabe des Erstbefundes (Kürzel = „EB“)

### Für Ergotherapie:

- Optional: Funktionsanalyse (Kürzel = „FA“)
- Optional: Schienenversorgung Hinweis: Bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen (Schiene + Betrag eintragen)

### Für Podologie:

- Optional: Nagelspannen Hinweis: Bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen (Spange # Betrag eintragen)

### 5. Mitarbeiterauswertung

An dieser Stelle kann der jeweilige behandelnde Mitarbeiter quittieren (es gelten die Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge). Sollten Sie die Erstellung einer Mitarbeiterstatistik durch uns abgeschlossen haben, ist das Kürzel des Mitarbeiters einzutragen.

### 6. Abrechnungsdaten

Diese Werte trägt bei Bedarf SEVERINS für Sie ein.

### 7. Positionsnummer

Hier ist Platz zum Vermerk Ihrer Positionsnummern. Alternativ bieten wir eine Ausfüllhilfe an. Diese steht auf unserer Website zum Download bereit.

### 8. Therapieform

Änderungen der Gruppen- / Einzeltherapie ist hier zu vermerken.

### 9. Begründung

Bei einem Behandlungsabbruch, Änderungen der Therapiefrequenz oder der Gruppen- / Einzeltherapie ist an dieser Stelle eine Begründung anzugeben.



### Hinweis!

Durch zusätzliche Eintragungen auf dem Formular müssen für andere Zwecke vorgesehene Felder unbedingt frei bleiben.